



ORAȘUL LIPOVA

315400 Lipova, jud. Arad – România, str. Nicolae Bălcescu, nr.26, tel. +40-257-561133, fax: +40-257-563067
www.primarialipova.ro, contact@primarialipova.ro

Nr. _____

Către,

Primăria orașului Lipova

Subsemnatul(a)

_____ domiciliat(ă) în
localitatea _____, str. _____, nr. _____,
bl. _____, sc. _____, et. _____, ap. _____, județul _____,
CNP _____, posesor al B.I./C.I. seria _____, nr. _____,
_____ eliberat de _____ la data de _____, în
calitate de persoană cu handicap, prin reprezentantul legal/curator
_____ domiciliat(ă) în
localitatea _____, str. _____, nr. _____, bl. _____,
sc. _____, et. _____, ap. _____, județul _____, CNP _____,
posesor al B.I./C.I. seria _____, nr. _____, eliberat de
_____ la data de _____, dispoziție curator nr.
_____/_____,

Solicit conform **art. 42 alin. 4 din Legea nr. 448/2006**, republicată, cu
modificările și completările ulterioare, să mi se acorde **indemnizația lunară**,
urmare certificatului de încadrare în grad de handicap nr. _____ din data de
_____, eliberat de Comisia de evaluare complexă a persoanelor cu handicap
din cadrul D.G.A.S.P.C. Arad.

Termenul certificatului medical: _____

Semnatura _____